

DU TRAITEMENT
DES
HÉMATOCÈLES RÉTRO-UTÉRINES
PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES OUI

Né le 31 Mai 1873, à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1894.

DU TRAITEMENT
DES
HÉMATOCÈLES RÉTRO-UTÉRINES
PAR LA VOIE VAGINALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JULES OUI

Né le 31 Mai 1873, à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président; M. MORAT, Assesseur; MM. GANGOLPHE et CONDAMIN, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE PROMOTION

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POLLOSSON

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

A MES MAÎTRES

L'idée première de ce travail revient à notre maître, M. le professeur agrégé Condamin, qui a bien voulu nous confier le soin de développer dans notre thèse inaugurale une méthode toute lyonnaise due à l'éminent gynécologiste, M. le professeur Laroyenne. Nous tenons à le remercier ici, autant de son précieux enseignement à la Faculté et à la clinique de la Charité que de la sympathie et de l'accueil bienveillant que nous avons toujours trouvés auprès de lui pendant notre séjour à Lyon.

C'est un devoir de cœur pour nous que d'exprimer notre profonde gratitude à M. le professeur agrégé Pollosson ; nous n'oublierons jamais son accueil affectueux lors de notre arrivée à Lyon, son inépuisable bonté à notre égard, et nous avons tenu à lui apporter ici l'hommage de notre vive reconnaissance et de notre plus entier dévouement.

M. le Dr Tellier nous a témoigné depuis trois ans une

constante sympathie; nous en garderons le meilleur souvenir et nous le prions de vouloir bien accepter nos plus sincères remerciements.

M. le professeur Laroyenne nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse que nous aurions voulue plus digne de lui et de son enseignement magistral; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

Nous ne saurions oublier ici tous ceux qui ont guidé nos premiers pas dans la carrière médicale, les maîtres à qui nous sommes redevable des quelques connaissances acquises depuis quatre ans; qu'ils reçoivent l'expression de notre vive gratitude.

Merci enfin à nos camarades de promotion dont l'amitié nous a été d'un si précieux secours pendant nos trois années d'école.

INTRODUCTION

Pendant la durée de notre stage à la clinique gynécologique de la Charité, il nous fut donné d'observer un cas d'hématocèle pelvienne assez grave, traité par la méthode de M. le professeur Laroyenne. Nous fûmes séduit par la simplicité de l'opération comparativement surtout à la gravité d'une laparotomie ; et c'est cette intervention particulière par la voie vaginale abandonnée progressivement pendant quelques années, dont nous voudrions montrer ici la simplicité au point de vue de la technique opératoire et des soins consécutifs, en faisant ressortir son innocuité presque absolue et les nombreux avantages qu'on peut en retirer.

Mais avant d'exposer cette méthode de traitement, il nous semble absolument indispensable, non d'étudier à nouveau une question aussi fouillée que la pathogénie de

l'hématocèle, presque définitivement résolue aujourd'hui, mais de résumer les notions acquises sur ce point par les travaux récents. La connaissance de ces faits est, à notre avis, absolument nécessaire pour comprendre ou discuter le traitement de l'affection qui nous occupe, car toute thérapeutique rationnelle doit être fondée sur eux.

Ces notions pathogéniques, description de la grossesse tubaire, de la rupture qui constitue les neuf dixièmes des cas d'hématocèle, comme nous le montrerons, feront l'objet de notre premier chapitre.

Dans le second chapitre, nous décrirons les formes diverses de l'affection qui est loin de se révéler par une symptomatologie identique dans tous les cas, chacune de ces formes étant justiciable d'un traitement particulier.

C'est l'étude de ce traitement que nous aborderons dans notre troisième chapitre et que nous essaierons de faire aussi complète que possible.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous exposerons, à l'appui de ce traitement, les observations que nous avons recueillies, en trop petit nombre, peut-être, mais du moins, absolument démonstratives.

DU TRAITEMENT
DES
HÉMATOCÈLES RÉTRO-UTÉRINES
PAR LA VOIE VAGINALE

CHAPITRE PREMIER

L'histoire de l'hématocèle pelvienne ne remonte guère au delà de quarante ans, et c'est à Nélaton que revient l'honneur de nous avoir donné, de cette affection si particulière, une description qui ne sera jamais dépassée. L'hématocèle pelvienne est d'ailleurs une question éminemment française, et ce n'est guère que dans notre littérature médicale qu'on peut trouver une œuvre d'ensemble sur ce point de la pathologie. Les premiers travaux établissent les signes de la maladie, son siège ; on discute le traitement ; on se préoccupe ensuite du côté théorique, du mode de formation de l'épanchement.

Nombreuses sont les théories suscitées par ces recherches sur la pathogénie de l'hématocèle. Après l'exhalation sanguine aiguë du péritoine invoquée dans quatre observations de Tardieu, comme cause d'hémorragies intrapéritonéales ayant entraîné la mort, on incrimine tour à

tour la trompe qui, d'après Guérin¹, permet dans certains cas de dysménorrhée membraneuse le reflux du sang vers le péritoine ; puis l'ovaire dont la congestion excessive au moment de l'ovulation, à l'occasion d'une excitation génitale par exemple, peut être la cause de l'épanchement.

Sans doute, les kystes folliculaires, les kystes du corps jaune dans un ovaire malade pourront être le siège d'apoplexies dont la rupture donnera une hémorragie intrapéritonéale (Pozzi²) ; dans d'autres cas, c'est bien à la rupture des vaisseaux dilatés et friables qui sillonnent les fausses membranes d'une pelvi-péritonite que sera due l'hématocèle ; mais il ne s'agit que d'un nombre restreint de cas, et la pathogénie de l'hématocèle est tout autrement comprise aujourd'hui que du temps de Nélaton, Huguier, Bernutz, et même qu'au moment de l'apparition de la thèse d'agrégation de Poncet³.

La grossesse tubaire occupe à l'heure actuelle, grâce à Lawson Tait, à Martin, à Vest, à Pozzi, la première place dans l'étiologie de cette affection. On est arrivé à cette conception, non par des vues théoriques, mais grâce à des interventions précoces pratiquées par la voie abdominale, à des autopsies faites avec un soin rigoureux, grâce aussi aux examens microscopiques des pièces enlevées.

Binaud⁴, dans sa thèse sur l'hématocèle pelvienne, où sont relatées plus de soixante observations de cette affec-

¹ Guérin, Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux de la femme.

² Pozzi, 2^e édition, p. 841.

³ Poncet, thèse d'agrégation, 1878.

⁴ Binaud, thèse, Bordeaux, 1892.

tion, a relevé dans presque tous les cas la présence de débris foetaux ou placentaires, et, à défaut de ceux-ci l'examen microscopique des pièces a pu révéler presque toujours l'existence de villosités, témoignage irrécusable d'une grossesse tubaire antérieure. Les divers travaux parus depuis cette époque n'ont fait qu'apporter de nouvelles preuves à cette théorie bien établie à l'heure actuelle et nous voudrions essayer de résumer en quelques mots les faits généralement admis aujourd'hui, de montrer les conditions qui favorisent le développement d'un kyste foetal tubaire, qui déterminent sa rupture, produisant ainsi l'hématocèle. Nous empruntons la presque totalité de notre description au travail récent du D^r Pilliet ¹, sur ce sujet.

La greffe ovulaire et la placentation ne doivent se passer que dans le corps utérin muni des plexus vasculaires suffisants pour l'alimentation du placenta et des plexus musculaires nécessaires pour l'expulsion du fœtus à terme et que la trompe ne possède pas à un degré suffisant. Pour que la fécondation se passe dans la trompe, il faut, suivant la théorie de Lawson Tait, une salpingite antérieure qui amène la chute des cellules ciliées de la trompe, la transformation de ses franges effilées en bourgeons charnus épais par suite de l'inflammation, de telle sorte que le spermatozoïde peut remonter par la muqueuse dénudée jusqu'à l'œuf que ne chassent plus vers l'utérus les cils vibratiles, et qui peut se greffer au contact des bourgeons vasculaires sur lesquels il repose.

¹ Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, janvier 1894.

Dans le point où se fait la greffe, les vrilles de l'ecto-placenta détruisent les franges de la trompe, les corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels. Elles ne peuvent rencontrer les sinus qui n'existent que dans l'utérus. Mais les vaisseaux de la trompe subissent une dilatation considérable au voisinage du point atteint. C'est ce qui explique la présence des plexus veineux de la trompe si dilatés dans ce cas et la théorie de Richet ¹ et de son élève Devalz ², l'hématocèle due aux ruptures veineuses du plexus utéro-ovarien dilaté. Il faut, dans ces cas, examiner l'intérieur de la trompe, l'examen devant révéler presque toujours une grossesse extra-utérine. On pourrait citer en exemple la communication de Reynier ³ à la Société de Chirurgie ; il s'agissait d'une pièce présentant dans la région du plexus utéro-ovarien des veines très distendues et au niveau du hile de l'ovaire, une rupture veineuse obturée par un caillot ; on avait aussitôt conclu à l'existence d'une hématocèle par rupture veineuse suivant le mécanisme de Devalz. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'une hématocèle, par rupture de grossesse extra-utérine.

Les franges étant détruites, et le chorion remplacé par l'ecto-placenta, il en résulte un amincissement considérable de la trompe au niveau du point où s'est faite la greffe ; en même temps la paroi musculaire s'hypertrophie sur tous les autres points pour chasser la greffe qui agit comme un

¹ Richet, Traité pratique d'anatomie méd. chir.

² Devalz, Du varicocèle pelvien, et de son influence sur le développement de l'hématocèle rétro-utérine.

³ Reynier, Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., juin 1891.

véritable corps étranger. Enfin les lésions inflammatoires primitives expliquent la présence à peu près constante des adhérences qui ferment le pavillon de la trompe, immobilisent l'ovaire qui subit la dégénérescence scléro-kystique et des adhérences péritonéales. Tel est le tableau général de la grossesse tubaire.

Le fœtus ne trouve pas à vivre dans la trompe dont les vaisseaux ne sont pas disposés en sinus profonds et prêts à recevoir les radicules de l'ecto-placenta. Aussi est-il peu développé ordinairement, et même il disparaît fréquemment. Le placenta reste vivant et parasite sur la trompe; mais les villosités placentaires s'atrophient; leurs arborisations diminuent, leur axe reste grêle; la plupart subissent la transformation fibreuse, d'autres une transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des môles hydatiformes de l'utérus.

Mais en s'atrophiant, elles restent solidement implantées dans la muqueuse tubaire; car les lacs sanguins tels qu'on les trouve dans la grossesse normale, et qui facilitent le décollement du placenta lors de la délivrance, se développent difficilement dans les parois de la trompe. Le placenta reste donc adhérent, cesse de s'accroître; puis s'atrophie et à mesure que les villosités s'atrophient, les vaisseaux maternels qu'elles avaient perforés se débouchent. A chaque poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle, de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorragie entre le placenta et la paroi tubaire. Cette hémorragie produit toujours une certaine augmentation de volume de la trompe avec douleurs locales plus ou moins vives. La trompe remplie de sang constitue un véritable hémato-salpinx; à chaque hémorragie nouvelle, elle

subit une distension que ne peuvent supporter les parois trop faibles, amincies surtout au niveau de l'insertion du placenta. A la première ou à la dixième poussée, suivant l'abondance de l'hémorragie, la trompe cède à son point faible, le sang se répand dans le péritoine, l'hématocèle est constituée.

D'après les faits que nous venons d'exposer, la rupture du kyste foetal tubaire serait secondaire à la mort du fœtus. Il existe cependant des cas (L. Meyer, obs. XXXII *in* thèse Binaud), où la laparotomie immédiate a permis de constater la présence dans la cavité abdominale d'un fœtus vivant. On voit facilement ce qui a dû se passer dans cette catégorie de cas. A mesure que le kyste foetal se développe, la trompe de ce fait même subit une distension. Mais la portion de la paroi tubaire à qui le placenta est fixé se trouve immobilisée par suite de son adhérence avec ce placenta. Aussi est-ce au niveau de l'insertion placentaire que les tiraillements qu'exerce le sac foetal lors de sa croissance se font le plus sentir ; à ce même niveau la paroi tubaire présente un amincissement considérable. Ces deux faits expliquent suffisamment pourquoi la trompe se rompt lorsque la distension est devenue un peu forte, et pourquoi la rupture a toujours lieu au même point.

Telle est, dans ses grandes lignes, la théorie généralement admise aujourd'hui. C'est dire que, dans la presque totalité des cas, on pourra, soit par l'intervention, soit par l'autopsie, constater la présence de débris du kyste foetal, bien différents, il est vrai, suivant les cas. Dans bon nombre d'observations on relève la présence dans la cavité abdominale de fœtus de trois semaines, un mois ou deux, pour la plupart, mais aussi de quatre mois ; on a

même noté l'existence de fœtus vivant. Toutefois, la présence de l'embryon est relativement rare dans ces pièces; constitué en effet par une sorte de tissu mucilagineux, sans consistance et sans résistance, il est le plus souvent résorbé en totalité. Quand il existe, il est en général petit, relié au placenta par son cordon; la cavité amniotique est développée; le placenta est encore reconnaissable, quoique très réduit; les villosités sont nombreuses mais en voie de transformation fibreuse.

Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique persiste souvent sous la forme d'une fente allongée, à parois lisses, avec ou sans liquide, et occupant le centre d'un caillot. Les ramifications des villosités ayant disparu, et leur transformation fibreuse étant très accentuée, les lacs sanguins débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient ont donné lieu à des hémorragies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe (Gauthier¹).

A un degré plus avancé encore, la poche sanguine est très réduite de volume; il ne reste plus que des caillots anciens, rouillés, en partie décolorés. Si l'on trouve un caillot adhérent à la muqueuse tubaire dénudée à son niveau, on peut le considérer comme le reliquat d'un placenta et poser le diagnostic rétrospectif de grossesse tubaire. D'ailleurs, la recherche des villosités donnera presque toujours des résultats positifs, bien que, dans certains cas, l'existence des villosités choriales soit restée douteuse.

¹ Gauthier, thèse Paris, 1892.

En résumé, l'hématocèle péri-utérine est presque toujours (dans les neuf dixièmes des cas) constituée par la rupture d'un kyste foetal de grossesse tubaire, rupture qui se produit généralement à la fin du premier ou du deuxième mois de la grossesse, dont il est facile, dans le plus grand nombre des cas, de retrouver des traces par l'examen macroscopique ou microscopique des pièces.

CHAPITRE II

Il est d'usage, pour les auteurs classiques, de décrire l'hématocèle comme une affection à début foudroyant, dramatique, suivant l'expression de Bernutz, cataclysmique, comme l'a qualifié Barnes. Lorsque l'hématocèle survient, la malade, après une sensation de craquement, de déchirement dans les reins, est prise subitement d'une douleur pelvienne intense qui peut aller jusqu'à la syncope. Le facies est décoloré, les extrémités refroidies, le pouls filiforme ; la température s'abaisse et, dans certains cas, la mort peut survenir en quelques heures, si l'épanchement ne s'enkyste pas. Le plus souvent, la malade revient à elle, accusant dans le bas-ventre des douleurs violentes qui s'irradient vers le rectum, surtout vers les reins, et qu'exagère le moindre mouvement. En même temps, le ventre se ballonne, la température s'élève et peut atteindre 39 degrés ; le pouls bat 120 à 140 pulsations par minute. La malade est prise de frissons, de vomissements. Le visage exprime une anxiété profonde, et parfois l'agitation

est extrême. Ces phénomènes aigus ne persistent guère au delà de quarante-huit heures. Peu à peu ils s'amendent, la douleur perd de son acuité, devient plus sourde; les vomissements cessent, l'état général s'améliore. L'épanchement est enkysté¹. Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau classique de l'hématocèle pelvienne.

La réalité ne répond pas toujours à la description précédente. Quelquefois une hémorragie intra-salpingienne vient interrompre la grossesse. On observe un écoulement de sang à travers l'*ostium uterinum*, puis l'utérus, quelques douleurs du côté de la trompe. A la suite de cette perte, il existe quelquefois un léger suintement, et ce sont là les seuls phénomènes observés. En somme, symptômes généraux et locaux sont à peine sensibles. Il a pu se produire une hémorragie intra-péritonéale très faible qui s'est arrêtée rapidement, et la réaction péritonéale a été presque nulle. C'est un avortement tubaire sans rupture de la trompe.

Dans certains cas, chez une femme ayant présenté quelques signes de grossesse, on observe de petites hémorragies, puis une grosse perte qui correspond à l'expulsion d'une partie de l'œuf. Il persiste un léger suintement, puis la trompe se remplit peu à peu et fournit une nouvelle perte.

Cette hémorragie, malgré son abondance, indique que l'avortement continue, l'embryon s'est résorbé, mais le placenta est resté adhérent à la paroi sur laquelle il était greffé. Son expulsion se fait lambeau par lambeau suivant les poussées congestives menstruelles ou accidentelles que

¹ Second, art. HÉMATOCÈLE, Traité de Chir.

subissent les organes génitaux, et cette expulsion en plusieurs temps est marquée par les hémorragies successives qu'on observe alors).

Ainsi quand une trompe reste volumineuse et douloureuse après une perte ressemblant à un avortement, quand des métrorragies surviennent sans que la trompe se vide complètement, on est autorisé à porter le diagnostic de grossesse tubaire, avec avortement incomplet et de prévoir la distension et la rupture probable de la trompe dans un avenir prochain, c'est-à-dire la constitution d'une hématoécèle (Pilliet¹).

La rupture de cette trompe renfermant un kyste fœtal de 1 à 2 mois peut se produire sans donner lieu à des troubles bien marqués, et c'est là une seconde catégorie de cas. Il s'agit de femmes chez lesquelles la suspension des règles, des troubles gastriques, des phénomènes congestifs du côté des reins ont fait penser à une grossesse. C'est généralement à l'époque d'une période menstruelle que survient l'accident. Il n'existe pas de symptômes graves ; quelques douleurs vives, plus ou moins irradiées, un peu de fatigue générale et tout rentre dans l'ordre. — Si l'on examine la malade à ce moment, le toucher vaginal fait reconnaître dans le cul-de-sac de Douglas une collection du volume d'un poing. Elle est plus ou moins rénitente, plus élastique que fluctuante et difficile à délimiter. Dans bon nombre de cas, on voit survenir la guérison spontanée sous l'influence du repos et de quelques révulsifs. Peu à peu la tumeur durcit, devient ligueuse ; on constate une diminution de volume progressive et

¹ Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie, mai 1894.

au bout de quelque temps la résorption est complète. Mais quelquefois la tumeur semble se ramollir, des douleurs vives et lancinantes apparaissent en même temps que des phénomènes généraux : frissons, fièvre, vomissements ; la collection tend à s'évacuer dans le rectum ou le vagin. L'intervention est alors de rigueur ; nous la discuterons plus loin.

Voilà donc deux ordres de faits où l'hématocèle est loin de se révéler sous une forme cataclysmique, c'est-à-dire par une hémorragie foudroyante, toujours extrêmement grave. — Les cas où l'hémorragie sans être mortelle est extrêmement abondante, sont cependant fréquents et nous en avons étudié les symptômes au début de ce chapitre. Ils constituent une troisième catégorie.

L'hémorragie provenant de la rupture de la trompe a-t-elle tendance à s'arrêter ? Cette question a été l'objet de vives discussions qui durent encore ; c'est sur elle qu'est fondée la thérapeutique, rationnelle de l'affection, le traitement devant varier suivant qu'on admettra l'arrêt spontané de l'hémorragie ou au contraire sa continuation.

La cavité péritonéale, a-t-on dit, est très mal disposée pour l'arrêt de l'hémorragie, et lorsqu'il n'existe pas d'adhérences anciennes, le sang peut couler pour ainsi dire indéfiniment ; aussi des ruptures de vaisseaux d'un très faible calibre auraient-elles pu devenir mortelles à la longue à cause de la persistance de l'écoulement sanguin. Les expériences de Vulpian, de Laborde et de Veit ont démontré, en effet, que le sang ne se coagule pas tant que l'endothélium péritonéal est intact. Au niveau de la rupture, le sang n'a nullement de tendance à garder l'immobilité nécessaire à la coagulation qui ne peut s'effectuer

que dans quelques culs-de-sac éloignés où le sang garde le repos indispensable à la production du phénomène. D'autre part le sang ne peut pas trouver dans la vaste cavité abdominale dont les parois se laissent si facilement distendre, cet excès de pression qu'il rencontrerait au bout d'un certain temps dans une séreuse plus petite ou dans les mailles du tissu conjonctif, et qui le forcerait à rester dans l'intérieur des vaisseaux. Quant à la pression abdominale, elle est intermittente, par conséquent insuffisante, et devient nulle ou même négative pendant l'expiration. Les syncopes pourraient, il est vrai, jouer un rôle important, l'écoulement du sang étant extrêmement réduit pendant leur durée, mais ces syncopes combattues avec énergie ne durent pas. L'enkystement n'a donc chance de se produire que dans les cas d'écoulement très peu abondant et intermittent, où la coagulation est facile, et même alors les récidives sont à redouter. Le meilleur préservatif consisterait encore dans des adhérences anciennes cloisonnant la cavité pelvienne et empêchant le sang d'envahir la cavité péritonéale proprement dite (Binaud ¹).

Tels sont les arguments invoqués par les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie. Est-il réel que l'hémorragie n'ait pas de tendance à s'arrêter ? Nous ne le croyons pas.

Dans bon nombre de cas n'existe-t-il pas des adhérences protectrices bien avant l'épanchement sanguin. Lawson Tait n'admet-il pas que la grossesse tubaire doit avoir été précédée par une salpingite, inflammation qui à coup sûr

¹ Loc. cit.

a dû retentir sur le péritoine pelvien et provoquer la formation d'adhérences ; admettre cette inflammation du péritoine comme très fréquente, n'est-ce pas réfuter du même coup l'objection, toute théorique du reste, de la non-coagulabilité du sang dans un péritoine dont l'endothélium est normal. Poncet¹ a beaucoup insisté aussi, comme Schroeder et Fritsch, sur la fréquence d'adhérences anciennes limitant l'épanchement, c'est-à-dire donnant une tumeur enkystée. Il a montré que les néo-membranes constituent une espèce de pont entre la paroi antérieure du rectum et la paroi postérieure de l'utérus, et limitent ainsi un espace tout préparé pour recevoir le sang épanché et donner lieu à l'apparition subite d'une tumeur rétro-utérine.

Les caillots peuvent se former au niveau de la rupture de la trompe, oblitérer les vaisseaux, et, par conséquent, arrêter l'hémorragie.

Quant à la pression abdominale qu'on ne considère pas comme suffisante pour contrebalancer la pression sanguine il ne faut pas oublier que cette pression abdominale est augmentée par la présence de l'épanchement et qu'elle peut arriver à faire équilibre à la pression sanguine qui a diminué par le fait de l'hémorragie.

Pour nous, l'hémorragie a tendance à s'arrêter spontanément, et le fait ne saurait être étonnant, étant donné qu'il s'agit exceptionnellement d'une rupture tubaire au cinquième ou sixième, mais d'une grossesse extra-utérine, mais bien le plus souvent de ruptures précoces à un ou deux mois.

¹ Loc. cit.

D'ailleurs, même dans le cas de rupture de kystes foetaux de grossesses tubaires de quatre ou cinq mois, provoquant par conséquent une hémorragie abondante, cet épanchement sanguin considérable provoque une certaine irritation du péritoine qui se traduit par des adhérences plus ou moins résistantes¹. Les anses intestinales sont réunies par des fausses membranes qui limitent une véritable loge occupée par l'épanchement et distincte, pour ainsi dire, de la grande cavité péritonéale. Cet enkystement existe fréquemment, et cependant bon nombre d'auteurs, Lawson Tait, Schröder, Aug. Martin, Veit, ont tendance à considérer l'épanchement enkysté comme se rencontrant dans la majorité des cas.

Nous avons étudié de près un grand nombre d'observations d'hématocèles où l'intervention a permis de se rendre un compte exact des lésions. Nous devons reconnaître que, dans de nombreux cas, l'enkystement n'existe pas ; mais souvent il s'agit de malades chez qui l'intervention chirurgicale a été si précoce que l'enkystement n'a pu avoir le temps de se produire ; chez d'autres l'hémorragie a été d'une abondance telle qu'elle a entraîné la mort en quelques heures. Dans d'autres cas, enfin, on relève une série d'hémorragies successives, dont le début remonte à plusieurs semaines avant l'intervention, hémorragies qui se sont succédé à intervalles assez rapprochés, conditions essentiellement défavorables à un enkystement.

A côté de ces faits, il en existe évidemment un certain nombre où un épanchement abondant est retrouvé libre

¹ Poncet admet que l'enkystement de la collection sanguine peut se produire ainsi.

dans la cavité abdominale, sans qu'il y ait d'adhérences intestinales pouvant le limiter. On constate simplement l'existence de quelques caillots dans le cul-de-sac de Douglas. Ces faits existent, il est vrai, mais ils nous semblent être la minorité; et dans un grand nombre d'observations d'hématocèles où la laparotomie avait été pratiquée, nous avons pu constater qu'il y avait enkystement ou tendance à l'enkystement; le fait est plus appréciable par la ponction vaginale où il est facile de se rendre compte, dans la plupart des cas, qu'il existe une poche bien circonscrite de toutes parts.

CHAPITRE III

Nous avons établi dans notre second chapitre une sorte de division des cas d'hématocèle suivant la gravité des symptômes, c'est-à-dire suivant l'abondance plus ou moins grande de l'hémorragie. Le traitement doit varier avec chaque sorte de cas, et c'est cette étude que nous voulons entreprendre maintenant.

Une première catégorie de faits, avons-nous dit, est constituée par l'avortement tubaire. Symptomatologie obscure; perte sanguine peu abondante; douleurs au niveau de la trompe. Pas de retentissement sur l'état général. Le diagnostic peut toutefois être posé s'il s'agit d'une femme présentant depuis un ou deux mois quelques signes de grossesse, aménorrhée, gonflement des seins, vomissements, etc. Quelle conduite suivre dans le cas particulier? La guérison surviendra souvent spontanément. Nous croyons que le repos dans le décubitus dorsal suffira dans la plupart des cas, mais la malade doit être surveillée avec soin.

Dans des cas nombreux, en effet, on a pu observer une réapparition des symptômes, quelque temps après la perte; une série de crises douloureuses accompagnées de pertes sanguines, survenant dans ces conditions, constitue, croyons-nous, un motif suffisant pour une intervention immédiate. Il s'agit, en effet, d'éviter les complications d'une rupture intra-péritonéale de la trompe. Nous croyons que cette intervention peut être simplement une ponction avec débridement vaginal par la méthode de M. le professeur Laroyenne, mais complétée par l'ablation des annexes du côté malade ou l'incision de l'hémato-salpinx. Nous préférons à l'incision de la poche sanguine que forme la trompe l'ablation complète des annexes du côté malade chaque fois qu'elle sera facile et ne semblera pas devoir compliquer l'opération; c'est une opération radicale qui a le gros avantage d'empêcher pour l'avenir toute nouvelle grossesse extra-utérine après cicatrisation de la trompe, fait fréquemment observé (Condamin¹).

L'épanchement sanguin intra-péritonéal a été très peu abondant; l'hémorragie trop faible actuellement ne peut constituer le danger; le danger est dans la persistance du placenta qui, adhérent à la trompe, s'en détache peu à peu en produisant une série d'hémorragies dont le résultat peut être la rupture de la trompe. Toute intervention qui ne portera pas sur la trompe et par suite sur le placenta sera une intervention insuffisante.

L'observation III se rapporte à un fait de ce genre. Il s'agit d'une femme dont les règles n'ont pas paru en juillet 1894; les seins ont grossi un peu. Au milieu de

¹ Condamin, *Lyon médical*, 4 novembre 1894.

septembre, douleur très vive dans le bas ventre. Huit jours après, nouvelle poussée douloureuse. Troisième poussée le 4 octobre 1894, celle-ci très grave, la malade entrant à la Charité dans un état inquiétant.

Il s'agit évidemment ici de l'un des cas dont nous venons de parler plus haut. Avortement tubaire, puis hémorragies successives aboutissant à la rupture de la trompe, peut-être bien aussi rupture de la trompe dès la première poussée, suivie d'hémorragies dues au décollement du placenta en plusieurs temps. Dans les deux hypothèses, la seule intervention logique était l'ablation de la trompe malade dès la première ou la deuxième crise, si la malade s'était présentée à l'hôpital à ce moment. La méthode de M. le professeur Laroyenne nous semble devoir être encore préférée dans ce cas à la laparotomie qui présente une gravité toute différente aussi bien au point de vue de l'opération elle-même que de ses suites possibles.

Le second ordre de faits que nous avons étudiés comprend des cas d'hématocèle se constituant sans grand retentissement local ou général. Ils correspondent vraisemblablement à des ruptures de grossesses extra-utérines d'un ou deux mois où l'hémorragie est faible et s'arrête facilement. Quelle sera la conduite à tenir?

La femme sera soumise à un repos prolongé dans le décubitus dorsal; quelques chirurgiens ont employé les injections d'ergotinine; mais nous croyons que l'application de glace sur l'hypogastre suffira pour combattre l'hémorragie. Ajoutons à ces moyens thérapeutiques quelques lavements, l'emploi de révulsifs (sangues, ventouses, etc.) et nous croyons que, dans le plus grand nombre de

ces cas à symptomatologie peu accusée, la guérison surviendra spontanément. Surer, dans une thèse inspirée par Sebileau¹, a montré l'utilité des injections vaginales antiseptiques pour prévenir ou arrêter l'infection de l'épanchement sanguin; il recommande aussi d'y joindre les injections intra-utérines.

La malade, toutefois, doit être surveillée avec le plus grand soin. L'apparition de douleurs vives, de phénomènes généraux, frissons, fièvre, vomissements, signes indiquant tous l'infection de la collection sanguine et sa suppuration probable doit être pour le chirurgien une indication absolue pour une intervention. La ponction avec le débridement vaginal aura facilement raison de cette complication qui rentre dans le cadre des suppurations pelviennes qui viennent faire saillie vers le vagin en montrant au chirurgien la voie qu'il doit suivre (Condamin²). L'opération sera complétée au besoin par l'ablation des annexes.

Il nous reste à examiner maintenant le traitement de ces cas d'hématocèle où l'hémorragie a été abondante et se révèle à l'examen de la malade par un état anémique jusqu'à la syncope, par une face blanche qui la fait presque ressembler à un cadavre, par un pouls à peine perceptible.

Faut-il intervenir immédiatement? Oui, répandent un grand nombre de chirurgiens. « Pour combattre une hémorragie chirurgicale, dit Lawson Tait, il faut inciser et lier le vaisseau qui donne. Si une grosse branche de

¹ Surer, thèse Paris, 1890.

² Loc. cit.

l'artère fémorale était lésée, ceux de mes collègues qui s'occupent de chirurgie n'hésiteraient pas à intervenir et ils lieraient le vaisseau. Pourquoi le ligament de Poupert devrait-il être la ligne de démarcation que ne doivent pas franchir les grands principes de la chirurgie moderne ? »

Cette pratique est recommandée par la plupart des auteurs, Hollstein, Wathen, Weit, Pozzi, sont tous partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie. La laparotomie présente suivant eux des avantages nombreux : l'exploration du champ opératoire est aisée, le chirurgien n'opère pas à l'aveugle et peut se rendre un compte exact des lésions. Elle constitue une intervention radicale, l'hématocèle n'est souvent qu'un épiphénomène ; la laparotomie permet d'enlever non seulement le sang épanché, mais de supprimer la lésion causale, elle permet l'ablation facile des annexes, des débris fœtaux qui constituent tous un danger sérieux d'infection. L'hémorragie peut être définitivement arrêtée et l'on n'a pas à redouter dans la suite ces hémorragies successives qui par leur répétition amènent souvent une terminaison fatale ; on n'a pas à attendre que la circulation placentaire ait cessé, on peut opérer de meilleure heure ; la guérison arrive plus rapidement. Enfin, si l'épanchement s'accompagne de réaction péritonéale, la laparotomie servira au traitement des lésions de la péritonite.

En somme, la laparotomie est l'opération de choix, indiquée dans presque tous les cas, pour les différents gynécologistes que nous avons cités plus haut. Pour eux, l'intervention par la voie vaginale ne présente que dangers et inconvénients. Si la tumeur sanguine bombe à peine

dans le vagin, on est forcé d'opérer presque à l'aveugle au fond de ce conduit; la présence de l'artère utérine, la terminaison des uretères deviennent une source de dangers lorsque la tumeur n'apparaît pas nettement. L'hémorragie qui se produit après l'ouverture de la poche peut quelquefois être mortelle; le placenta donne du sang longtemps encore après la mort du fœtus, Pinard estimant, d'après ses recherches, que la circulation interkysto-placentaire ne disparaît que six semaines après. On incrimine également les dimensions de l'incision, ses dimensions étant fixées dans des limites quelquefois trop étroites, en raison des dangers du voisinage, l'écoulement des liquides est alors imparfait, le drainage de la poche insuffisant, l'ouverture même tend continuellement à se fermer. On invoque enfin le danger d'infection de la collection, infection très fréquente quand il s'agit d'opérations par la voie vaginale par suite des difficultés que présente la désinfection complète du vagin. Or, dans les cas d'hématocèle le danger d'infection est encore plus à redouter; l'on doit tenir compte, en effet, de l'existence de débris fœtaux qui s'infectent avec une grande facilité et de la coexistence si fréquente de lésions chroniques des annexes; c'est dire que l'opération par la voie vaginale produira souvent l'infection, dont les conséquences sont particulièrement redoutables chez une femme, considérablement anémiée par les hémorragies intra-péritonéales et dont l'état, par conséquent, est susceptible de s'aggraver sous l'influence de la plus légère complication.

Ces arguments nous semblent difficiles à soutenir contre la méthode de M. le professeur Laroyenne. Avec le débriement limité qu'on peut obtenir avec le métrotome de

M. Laroyenne, il nous semble difficile de léser les artères utérines et les uretères dont les rapports avec les culs-de-sac de Douglas ne sont pas très étroits¹.

Cette complication n'a jamais été relevée dans les observations de M. le professeur Laroyenne; l'hémorragie au cas où elle se produirait, est facile à arrêter par le tamponnement de la poche; l'ablation des annexes, qui est le plus souvent facile, supprimera du reste toutes les hémorragies d'origine placentaire. Quant à la rétraction des tissus vaginaux et la fermeture de l'orifice qui en serait la conséquence, quant aux difficultés de drainage, toutes ces objections ne tiennent pas devant le simple exposé de la méthode que nous soutenons. L'éponge placée à la fois dans le vagin et la poche suffit à maintenir l'orifice et à drainer la cavité.

Quant au danger d'infection, la toilette soignée de la poche, du vagin, les précautions antiseptiques ordinaires suffisent à l'éviter. Mais au cas où elle serait déclarée, elle est infiniment moins grave qu'après la laparotomie. Nous insisterons sur ce point lorsque nous développerons les avantages de la méthode de M. le professeur Laroyenne.

Pour nous, au contraire, la laparotomie présente dans le traitement de l'hématocèle de nombreux inconvénients, des dangers même. La laparotomie n'est point à la portée de tout le monde, elle exige une certaine pratique de la chirurgie, une observation rigoureuse des lois de l'asepsie et de l'antisepsie. C'est là une objection, peut-être assez

¹ Commandeur, Topographie des culs-de-sac vaginaux, thèse Lyon, 1894.

spécieuse, quoique le fait puisse avoir son importance dans certains cas. L'état de la malade est si grave que l'intervention aggrave encore la situation; il ne faut pas oublier que la laparotomie sera pratiquée sur des malades à peu près exsangues, qui supporteront mal l'opération, bénigne en temps ordinaire. On opère, en général, à un moment où l'hémorragie s'est arrêtée; l'ouverture de la cavité péritonéale va faire cesser la pression abdominale et enlever les caillots obstrueurs, d'où reproduction de l'hémorragie. Les nouvelles hémorragies ont chance de se produire dès qu'on touchera aux adhérences de formation nouvelle, au placenta; et pendant que l'opérateur enlèvera les caillots, cherchera le point qui saigne, point toujours difficile à trouver, la malade perdra les dernières gouttes de sang qui l'empêchaient de tomber en syncope définitive. Supposons que l'hémostase ait été rapidement faite; il faudra, sur une malade dont le pouls est à peine perceptible, enlever des caillots souvent adhérents aux intestins, procéder en somme à une toilette soignée du péritoine, toilette indispensable si l'on veut éviter une infection mortelle, car la grande cavité péritonéale a été ouverte. Dans le plus grand nombre des cas, enfin, il faudra drainer largement avec un mikulicz, qui sera en même temps hémostatique; c'est alors avoir à redouter une infection secondaire et à sa suite une suppuration prolongée, une éventration ultérieure (Condamin).

Devant les dangers que présente la laparotomie, et, se fondant sur ce fait que, dans la généralité des cas, l'hémorragie s'arrête spontanément, M. le professeur Laroyenne a recours à la méthode de traitement que nous allons exposer.

La malade est laissée dans le repos le plus absolu, dans le décubitus dorsal, la tête basse; on lutte ainsi contre l'anémie cérébrale, et l'on empêche en même temps tout effort, toute violence qui pourrait augmenter la déchirure ou rompre les adhérences protectrices souvent très fragiles.

On emploie les moyens ordinaires pour remonter la malade, boissons alcooliques, potion de Todd, etc., sac de glace sur l'abdomen pour combattre l'hémorragie et au besoin, les phénomènes de péritonite qui pourraient se développer consécutivement; certains emploient les injections d'ergotinine.

Lorsqu'il n'y a plus de crainte du côté de la syncope cardiaque, et que l'état général est devenu suffisant, la malade est endormie à l'éther et traitée suivant la méthode générale de M. le professeur Laroyenne.

Après une désinfection du vagin, aussi complète que possible au moyen d'injections vaginales, on cherche à se rendre compte du volume exact de la collection d'abord par le toucher et le palper combinés, puis par le double toucher vaginal et rectal.

Après avoir apprécié le volume de la collection et sa saillie dans le vagin, sur un ou deux doigts introduits dans le vagin, on glisse le trocart de M. le professeur Laroyenne. C'est un trocart spécial d'assez gros calibre (sonde n° 20), ouvert latéralement par une fente qui joue le rôle de la rainure directrice d'une sonde cannelée pour permettre après la ponction de guider dans le foyer un lithotome qui opère ensuite en débridement de

¹ Loc. cit.

3 à 5 centimètres. On enfonce le trocart au point le plus proéminent de la tuméfaction dans le cul-de-sac de Douglas, pendant qu'un aide exerce une certaine compression sur l'abdomen à l'effet de refouler la collection vers le vagin et de la rendre plus sensible. On retire alors le mandrin, et, par la canule laissée en place, on introduit le métrotome dont la lame s'engage dans la fente de la canule. A l'aide du métrotome, on débride sur une étendue de 4 ou 5 centimètres qui permet, une fois la canule enlevée, d'introduire deux ou trois doigts dans la poche. Il s'écoule généralement une certaine quantité de sang noirâtre entraînant des caillots.

On introduit alors dans la poche une cuillère; on racle les parois dont on détache des caillots, quelquefois des débris fœtaux ou placentaires. Après cette toilette, les doigts réintroduits dans la poche peuvent se rendre un compte exact des lésions, attirer au dehors les annexes qui se révèlent généralement comme une masse molle plus ou moins adhérente aux parois utérines, ou faisant prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas; on les attire dans le vagin, puis après ligature du pédicule, on enlève le tout au-dessous de la ligature. L'opération est terminée.

M. le professeur Laroyenne s'abstient toujours de tout lavage à la suite de l'opération, ces lavages ayant le grave inconvénient de pouvoir rompre les adhérences intestinales souvent fragiles qui séparent la poche de la grande cavité péritonéale, lorsqu'ils sont faits même avec une pression faible. On a observé de plus, à la suite de ces grands lavages, une élévation de température avec frissons.

On se contente de placer à cheval sur le débridement

vaginal une éponge enduite de vaseline iodoformée qui a l'avantage de s'opposer à la rétraction des tissus vaginaux sectionnés, d'empêcher par conséquent la fermeture de l'orifice et la rétention dans la poche des liquides favorable au développement de l'infection, de faire tampon contre l'hémorragie possible, enfin elle sert en même temps de drain. Le lendemain ou deux jours après, on enlève l'éponge, la cavité est déjà en grande partie comblée ; on y introduit des mèches de gaze iodoformée qu'on renouvelle jusqu'à disparition complète de la poche.

Cette méthode opératoire, simple et sans dangers, présente de sérieux avantages.

En raison des adhérences formées par les anses intestinales, au-dessus du foyer hémorragique, la cavité drainée par le vagin restera jusqu'à un certain point, en dehors de la grande séreuse, ce qui n'a pas lieu avec la laparotomie. Le cul-de-sac rétro-utérin constitue un point de déclivité maxima qui empêche les liquides transsudés, les caillots plus ou moins ramollis et incomplètement détachés de stagner dans la cavité abdominale.

Cette immense poche, puisque quelquefois elle remonte au-dessus de l'ombilic, en communication avec le vagin qu'on n'arrive qu'incomplètement à désinfecter, semble effrayer les partisans de la voie abdominale ; mais cette poche n'existe que tant qu'elle est pleine de caillots. Vingt-quatre heures après son évidement, elle n'existe plus : les anses intestinales, la pression abdominale refoulent son dôme supérieur vers le vagin ; c'est ce que l'on constate de la façon la plus nette, quand on enlève l'éponge qui a servi à l'hémostase. Ainsi, se trouvent réduites à néant les appréhensions d'un drainage insuffisant. Les

poches les plus volumineuses ouvertes par la méthode de M. le professeur Laroyenne se combleront ainsi d'elles-mêmes.

La toilette de la cavité est peut-être moins complète que si elle s'effectuait après la laparotomie ; le fait n'a pas grande importance, et pour deux raisons : la première, c'est qu'on reste en dehors de la grande cavité péritonéale ; la seconde, c'est que le drainage est établi au point de déclivité maxima. Néanmoins, M. le professeur Laroyenne recommande de procéder dans ce genre d'intervention avec une minutie antiseptique toute particulière à cause de la possibilité et même de la facilité avec laquelle s'infecte une telle cavité ; car il est un fait certain, c'est que l'infection arrive plus facilement après une hématoécèle qu'après le débridement d'une collection purulente (Condamin¹).

Nous venons d'exposer la méthode de M. le professeur Laroyenne et les avantages qu'elle offre. Nous voulons maintenant attirer l'attention sur un point qui présente une grande importance. La ponction suivie du nettoyage et du tamponnement de la poche a débarrassé celle-ci de son contenu, et lui a permis de se combler avec une grande rapidité. Mais les annexes ont été laissées dans la cavité pelvienne et avec elles le placenta que nous savons rester presque toujours adhérent à la paroi tubaire. C'est là, croyons-nous, une source de dangers multiples pour l'avenir.

Le décollement du placenta, en plusieurs temps, peut être la source d'hémorragies successives plus ou moins

¹ Loc. cit.

graves. La rétention placentaire dans la trompe peut produire une septicémie analogue à celle qu'on rencontre si fréquemment dans l'utérus dans les cas de rétention placentaire *post abortum*.

La trompe, après cicatrisation de la plaie qu'elle présente au niveau de la rupture, pourra être le siège d'une nouvelle grossesse avec tous les dangers qu'elle comporte. Les annexes, comme le placenta, donneront facilement naissance à une infection secondaire, vu qu'ils présentent fréquemment, avant l'accident actuel, des lésions inflammatoires chroniques. Enfin, n'a-t-on pas à redouter pour l'avenir des phénomènes douloureux, dus à l'enclavement de la trompe et de l'ovaire dans les exsudats et les fausses membranes qui tapisseront la poche rétractée.

Il est facile d'éviter ces dangers en complétant la méthode de M. Laroyenne, par l'ablation de la trompe rompue et de l'ovaire adjacent. C'est cette ablation d'annexes que M. le professeur Condamin a pratiquée dans les trois cas que nous rapportons à la fin de ce travail. Cette ablation est d'ailleurs généralement facile, et cette méthode qui abrège la durée du traitement, tout en mettant les malades à l'abri d'un accident de même nature, nous semble être l'opération de choix dans la grande majorité des cas d'hématocèle.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

Salpingite suppurée. — Ponction et débridement. — Guérison. — Grossesse extra-utérine (hématocèle). — Nouvelle ponction. — Ablation de la trompe rupturée par le vagin. (Condamin.)

Ch. M..., âgée de vingt et un ans, giletière, demeurant à Lyon, passage Saint-Pothin.

Bonne santé habituelle. Réglée à douze ans et depuis assez irrégulièrement. A eu un accouchement à terme en 1893. A eu depuis une fausse couche et depuis ce moment souffre du ventre. Premier séjour à la Charité en mars 1894 où on lui pratique une ponction avec débridement par la méthode de Laroyenne, pour une salpingite suppurée. Pas d'incident. Un mois après la malade était remise et rentrait chez elle. Elle ne souffrait plus du tout. En avril ses règles manquent : elle présente tous les symptômes d'un début de grossesse, qui ne l'étonne nullement. A la fin de mai elle est prise brusquement de douleur abdominale extrêmement vive avec ten-

dance à la syncope et au collapsus. On l'apporte à la Charité à peu près mourante. Le pouls était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse générale. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé, potion stimulante.

Le lendemain et les jours suivants l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse occupant le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac rétro-utérin. La tuméfaction remonte jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

28 mai. — Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots.

M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle, adhérente aux parois latérales. On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule. On s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'une trompe rompue, présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse, ayant toutes les apparences d'un placenta.

Une éponge est placée dans la cavité pour arrêter l'hémorragie qui est assez abondante.

L'état général de la malade resta assez précaire pendant quelques jours, puis elle reprit le dessus et rapidement la grande cavité hématique diminua de volume.

18 juin. — La malade quitte le service ; elle ne souffre plus et marche sans peine. La grande cavité précédemment ouverte ne peut contenir qu'une mèche de gaze iodoformée assez petite.

25 juillet. — La malade est revue. La dernière mèche de gaze iodoformée est tombée et la cavité complètement oblitérée. La malade a repris son travail et sa vie habituelle qui paraît sujette à caution au point de vue des ménagements génitaux qu'on lui a recommandés.

16 octobre. — La malade est revue. Les culs-de-sac sont souples, pas douloureux à la pression. L'état général de la malade s'est complètement transformé. Elle marche plusieurs heures sans souffrir. Elle fait de grandes difficultés pour se laisser examiner, disant qu'elle n'est plus malade.

OBSERVATION II

Grossesse extra-utérine. — Rupture du kyste tubaire. — Ponction, débridement vaginal, ablation de la trompe rompue. (Laroyenne.)

B. S..., quarante trois ans. Bonne santé habituelle. Toujours bien réglée. A eu quatre enfants et des couches toujours normales. Il y a trois mois (juillet 1894) ses règles n'ont pas paru. Les seins ont grossi un peu. Pas de troubles digestifs sympathiques.

Au milieu de septembre suivant, elle est prise brusquement d'une douleur très vive dans le bas-ventre qui l'oblige à garder le lit. Huit jours après, nouvelle poussée douloureuse avec affaiblissement progressif. Troisième poussée le 4 octobre 1894.

On l'apporte très gravement malade à la Charité. Elle prend des syncopes fréquemment. On la met au repos absolu, la tête très basse, en raison de l'état d'anémie cérébrale qu'elle semble présenter. On constate à un examen forcément un peu superficiel qu'il existe un peu d'empâtement dans le cul-de-sac de Douglas qui est douloureux. Pas de pertes sanguines sous l'influence du repos, son état s'améliore, mais elle présente un peu de fièvre.

17 octobre. — A l'examen on constate dans le cul-de-sac postérieur droit un peu à gauche, une masse rénitente, dure dans certains points, paraissant faire corps avec l'utérus, assez sensible à la pression.

Opération. La malade, quoique encore assez faible, est endormie à l'éther. Ponction et débridement par la voie vaginale. Écoulement d'abord d'un liquide noirâtre, sanguinolent. On extrait avec une cuiller une certaine quantité de gros caillots, plus ou moins adhérents aux parties voisines. A ce moment par l'orifice vaginal il s'échappe un fœtus de 4 à 5 centimètres, bien conformé. En arrière de l'utérus on sent une masse plus résistante à laquelle est accolé un ovaire. On l'attire dans le vagin avec une pince fenêtrée. On s'aperçoit qu'il s'agit d'une trompe rompue. On place un

fil sur le pédicule tubo-ovarien et l'on enlève le tout au-dessous de la ligature.

Éponge imbibée de pétro-vaseline iodoformée à cheval sur le débridement vaginal. Pas d'hémorragie.

18 octobre. — La malade va très bien. On enlève la pince et l'éponge hémostatique. On constate que la grande cavité qui renfermait les caillots est complètement revenue sur elle-même et affleure presque la paroi postérieure du vagin. On place à ce niveau une mèche de gaze iodoformée.

24 octobre. — L'état général de la malade s'est sensiblement remonté. Du côté de la plaie vaginale, il ne reste plus qu'un très faible trajet qu'on maintient béant, car il s'écoule une certaine quantité de liquide hématique.

OBSERVATION III

Hématocèle (grossesse extra-utérine rompue). — Ponction et débridement vaginal. — Ablation d'un cvaire malade. (Condamin.)

F. M., vingt-quatre ans, demeurant à Lyon, avenue de Saxe, n° 239, entre à la Charité le 11 octobre 1894, dans le service de M. Laroyenne.

Réglée à l'âge de quinze ans. Ses règles depuis cette époque ont presque toujours été irrégulières, reviennent parfois deux fois par mois. A eu il y a onze mois une fausse couche. Bonne santé habituelle.

Le mois passé, ses règles sont venues cinq fois, alors qu'elles avaient manqué les deux mois précédents.

Le 7 octobre 1894, elle a commencé à éprouver des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Puis brusquement, des irradiations extrêmement douloureuses sont survenues du côté gauche avec irradiation dans la région lombaire. Angoisse profonde, tendance à la syncope. Teint extrêmement pâle, anémie profonde,

On l'apporte à la Charité, presque mourante. Le pouls est à

peine perceptible. La malade n'a pas sa connaissance : elle prend coup sur coup plusieurs syncopes. Devant la gravité de cette situation, on attend pour intervenir. On la couche la tête très basse avec de la glace sur le ventre. Piquûres d'éther.

Elle reste trois jours dans cet état. Le pouls cependant avait repris un peu de consistance.

Le 15 octobre, elle reprend connaissance. Le pouls est favorable et la malade commence à s'alimenter. On l'examine alors et l'on constate une collection volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas, collection remontant à l'ombilic. On attend encore deux jours pour intervenir.

17 octobre. — Ponction et débridement vaginal sans anesthésie à l'éther. Issue de caillots très nombreux au milieu desquels on trouve un œuf du volume d'une noisette, renfermant un fœtus parfaitement reconnaissable.

Toilette aussi soignée que possible de la cavité hématique. Un ovaire scléro-kystique est en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas. On l'enlève par la voie vaginale, pour éviter les douleurs qui pourraient résulter de cette position vicieuse et des adhérences fœtales quand la poche se sera rétractée. Il n'y a pas d'hémorragie. On place une éponge à cheval sur l'orifice vaginal.

20 octobre. — La malade va bien. Pas de température. On enlève la pièce qui était placée sur le pédicule ovario-tubaire. Il n'a été enlevé qu'une très faible partie de la trompe dont la partie rupturée n'a pu être trouvée.

CONCLUSIONS

I. La grossesse extra-utérine est la cause presque unique des hématoécèles.

II. La rupture d'un kyste foetal tubaire est loin de s'accompagner toujours de phénomènes cataclysmiques et d'hémorragies foudroyantes, comme le veulent les classiques. Nombre d'entre elles passent inaperçues ou ne sont marquées que par les symptômes obscurs de l'avortement tubaire; d'autres donnent lieu à des hématoécèles de petit volume; quelques-unes enfin donnent naissance à des épanchements plus considérables.

III. Les hémorragies consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois, s'arrêtent spontanément.

IV. L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique, à moins qu'il ne s'agisse

de rupture après grossesse extra-utérine de plus de quatre mois, ce qui est exceptionnel.

V. Il faut attendre, pour intervenir, que le foyer sanguin soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémiée, se soit remonté.

VI. L'intervention de choix est la ponction et le débriement vaginal.

VII. La toilette de la poche doit être faite avec le plus grand soin.

VIII. L'intervention doit être complète presque toujours par l'ablation des annexes malades.

IX. La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas, comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé, avec menaces multiples pour le présent et l'avenir.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LAROYENNE.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer,
LE DOYEN,
LORTIET.

